

АЛГОРИТМ РАБОТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

*Мишунин Ю. В., Степанов В. Н., Медведский А. М., Секацкая Т. А., Долин В. И.,
Богданова Л. Е., Обухов В. А.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет».*

Смоленская государственная медицинская академия

Анестезиологический риск в амбулаторных условиях всегда многократно превышает риск проводимого вмешательства. Вместе с тем в связи с развитием стационар замещающих технологий востребованность анестезиологических пособий возрастает.

В настоящее время наибольший опыт амбулаторной анестезиологии накоплен в стоматологических поликлиниках. Алгоритм работы врача при этом должен строиться, на наш взгляд, по следующей схеме.

1. Определение объема предстоящего лечения;

2. Оценка общего состояния больного.
3. Оценка вегетативного статуса больного;
4. Выбор способа анестезиологического обеспечения: аналгоседация неинвазивными путями введения препаратов, местная анестезия (МА) с потенцированием; внутривенная аналгоседация, общая анестезия

При определении объема вмешательства необходимо помнить, что препарирование кариозных полостей без анестезии по нашим данным, вызывает большую активацию симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС), чем при экстирпации пульпы или экстракции зуба в условиях местной анестезии. Однако при проведении седации эти реакции нивелируются.

Оценка общего состояния больного проводится по тем же параметрам и с учетом стандартного объема исследований, что и в стационаре. Определение вегетативного «паркета» и оценка вегетативных реакций пациента во многом помогают определить тактику анестезиолога, так как в условиях стоматологической поликлиники таким путем можно определить степень психоэмоционального напряжения пациента и его компенсаторных возможностей.

Кроме того, мы считаем, что вегетативные характеристики во многом способствуют определению дозировок компонентов премедикации и анестезии. Так, дозу диазепама (или мидозолама) следует увеличивать у больных с преобладанием тонуса симпатического отдела ВНС, а атропина-парасимпатического. У последних следует, как правило, снижать дозу клонидина. При этом количество применяемых ненаркотических анальгетиков зависит от объема вмешательства, но не от вегетативных параметров.

В подавляющем большинстве случаев в стоматологической практике можно заменить потенциально опасную общую анестезию на седацию в сочетании с анальгезией.

При небольшом объеме лечения устойчивой психике и стабильности ВНС можно обойтись неинвазивными методиками. К последним мы относим применение комбинации диазепама и НПВС (метамизол, ацетилсалициловая кислота, диклофенак и т.д.) в растворе *per os* или те же препараты плюс клонидин в виде жевательной резинки, приготавливаемой с учетом массы тела пациента и его вегетативного статуса.

В более сложных случаях мы использовали в/в введение транквилизатора и метамизола (последний более специфичен по отношению к зубной боли, по сравнению с наркотическими препаратами, неэффективными в данной ситуации). К недостаткам мидозолама можно отнести часто встречающееся апноэ во время введения. Все перечисленные методы аналгоседации не исключают применения местной анестезии, эффективность которой при этом резко возрастает.

К настоящему времени нам удалось снизить число проводимой в/в анестезии на 60% за счет внедрения вышеописанных методик. При необходимости мы применяем анестезию кетаминем, предельно уменьшая его дозу, но при этом увеличивая количество вводимого предварительно диазепама с превентивной упреждающей анальгезией метамизолом.